RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1973/2022 **ATAS/512/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ demandeur

représenté par Me Alexandre LEHMANN, avocat

contre

CAISSE DE PRÉVOYANCE DE L'ETAT DE GENÈVE (CPEG) défenderesse

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le demandeur), né en 1984, célibataire, de nationalité suisse et domicilié dans le canton de Genève, est titulaire d'un brevet fédéral de formateur d'adultes, d'un baccalauréat en gestion d'entreprise (HEC) de l'Université de Genève, d'une licence en droit d'une université française, d'un baccalauréat en droit de l'Université de Genève ainsi qu'une maîtrise ès sciences en finance, orientation gestion de patrimoine, des Université de Genève, Lausanne et Neuchâtel, d'un certificat en droit transnational de l'Université de Genève de même qu'une maîtrise bilingue en droit économique des Universités de Genève et Bâle, d'une maîtrise en droit, mention droit des affaires, d'une autre université française que celle susmentionnée, d'un brevet fédéral de spécialiste en finance et comptabilité, ainsi que d'un certificat d'aptitude à la profession d'avocat de l'Ecole des avocats de la Région Rhône-Alpes (France).

En 2013, il a été admis aux barreaux de Lyon (France) et de Genève.

b. Le 8 mai 2012, l'assuré a conclu avec B_____ (ci-après : B_____) de la C_____ (ci-après : C_____) un « contrat de travail pour les enseignants au bénéfice d'un engagement flexible à temps partiel » en tant qu'enseignant en comptabilité et responsable de formations en comptabilité (management et économie).

En sa qualité d'employé de C_____, l'assuré a, à compter du 1er janvier 2013, été affilié à la Caisse de pensions C_____ (ci-après : D_____).

c. Parallèlement, en août-septembre 2012, il a été engagé comme avocat collaborateur par une étude d'avocats genevoise (ci-après : l'étude d'avocats), avec effet au début de l'année 2013, pour un temps de travail au taux de 60%, pouvant faire ultérieurement l'objet de modifications entre les parties, pour un salaire brut mensuel de CHF 5'400.- plus le 13ème salaire *prorata temporis*.

Il était couvert par le fonds de prévoyance de l'étude d'avocats auprès de " la Winterthur ", soit AXA Fondation LPP (ci-après : AXA), ce depuis le 1er février 2013.

d. Dès 2012, l'intéressé a également été employé pour E_____ Sàrl, devenue F_____ Sàrl (ci-après : F_____), de laquelle il a reçu des revenus "plus ou moins jusqu'en 2016", puis, en mai 2016, pour G_____ Sàrl (ci-après : G_____).

e. Par ailleurs, à compter du 1er septembre 2012, l'assuré a travaillé à temps partiel, et en tant que responsable de formations, au service de H_____ (H_____) Sàrl (ci-après : H_____), société à responsabilité limitée inscrite le 21 décembre 2012 au registre du commerce et ayant pour but, à teneur de ce dernier, de fournir tous conseils, services et prestations dans les domaines de

l'éducation et de la formation. D'après ledit registre, F_____ puis, à partir du 23 mars 2017, G_____ en ont été associées, tandis que l'intéressé en a été, depuis sa fondation et jusqu'au 10 décembre 2018, titulaire de la signature individuelle.

Au titre d'employé de cette société, l'assuré a, dès le 1er janvier 2013, été affilié à la Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle (ci-après : CIEPP).

B. **a.** Le 30 juin 2014, l'assuré a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Par courriel du 1er juillet 2014 à l'OAI, il a précisé occuper actuellement trois emplois, à savoir H_____ au taux de 20%, B_____ au taux de 10% et F_____ au taux de 5%. Lors de la survenance de sa maladie, en avril 2013, il était aussi employé auprès de l'étude d'avocats, mais il avait démissionné de cet emploi en été 2013 lorsqu'il lui était apparu clairement qu'il ne pourrait pas le réintégrer.

b. À réception de la demande AI, l'OAI a sollicité et obtenu des renseignements aux plans professionnel et médical.

Après réception de l'ensemble des documents médicaux, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a, dans un rapport du 2 février 2015, retenu, comme atteinte principale à la santé, un trouble cognitif et une fatigue consécutifs à un status après une méningo-encéphalite en avril 2013 associée à une sclérose en plaques (ci-après: SEP) débutante, alors que le diabète insulino-dépendant de type 1 et l'hypothyroïdie (thyroïdite d'Hashimoto) présents depuis 2002 n'étaient pas du ressort de l'AI. Depuis avril 2013, la capacité de travail de l'assuré exigible était nulle dans son activité habituelle d'avocat, mais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : difficultés cognitives, diminution de la concentration après trois heures d'activité, fatigue et fatigabilité qui entraînaient une baisse de productivité, une hypersomnie et une intolérance aux activités impliquant un niveau de stress élevé. Les activités annexes de formateur étaient moins exigeantes que l'activité d'avocat et offraient une plus grande souplesse dans l'organisation du travail et les horaires.

De surcroît, l'OAI, dans un rapport final (« MOP ») du 18 août 2015, a proposé de considérer que le taux d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail médicalement attestée, le degré d'invalidité étant alors revu (amélioration ou aggravation) en fonction du temps de travail.

Par projet d'acceptation de rente du 24 septembre 2015 puis, vu l'accord de l'assuré, par décision du 16 janvier 2016, l'OAI a, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, octroyé à celui-ci une demi-rente à compter du 1er décembre 2014 (six mois après le dépôt de la demande AI et plus d'un an après le début de l'incapacité de travail le 1er avril 2013), étant précisé que, dans sa situation, des mesures professionnelles ne permettraient pas de sauvegarder ou d'améliorer de manière notable sa capacité de travail.

c. Par écrit du 1er décembre 2015 faisant suite au projet d'acceptation de rente précité, la CIEPP a fait savoir à l'OAI que la prise en charge de l'invalidité de l'intéressé n'était pas de sa compétence.

d. Par pli du 17 février 2016, AXA a annoncé à l'assuré qu'elle allait lui allouer une rente entière d'invalidité, puis, par décompte de prestations du 20 avril 2016, elle a fixé cette rente entière à CHF 42'120.- par an, à verser dès le 1er avril 2015 compte tenu d'un délai d'attente de vingt-quatre mois.

e. Par lettre du 23 novembre 2016 faisant suite aux courriels de l'assuré des 7, 12, 13 et 14 septembre 2016 et intitulée « Résiliation de votre contrat de travail pour les enseignants au bénéfice d'un engagement flexible à temps partiel », B_____ a, « comme [l'intéressé] le [souhaitait] », d'une part mis un terme à son contrat de travail actuel, selon les délais contractuels, avec effet au 30 novembre 2016, d'autre part lui a remis en annexe un nouveau contrat de travail avec l'unique discipline « Heure administrative » à CHF 61.40 la période de 50 minutes, à compter du 1er décembre 2016.

f. Par courrier du 29 janvier 2017 à l'OAI, reçu le 31 janvier 2017 et complété le 11 février 2017, l'assuré a fait état d'"une poussée de [sa] maladie durant janvier".

Selon un avis du SMR du 5 février 2018, tous les médecins confirmaient – depuis début 2017 – une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Leur estimation était acceptée, à savoir une capacité de travail, dès janvier 2017, de 40% dans des conditions adaptées aux limitations fonctionnelles qu'étaient une fatigue importante avec une dysphagie de même qu'un trouble de la concentration.

Par projet d'acceptation de rente du 5 avril 2018, accepté par pli de l'assuré du 10 avril suivant, puis par décision du 26 juin 2018, l'OAI a, sur la base d'un degré d'invalidité de 60%, alloué à l'intéressé un trois-quarts de rente à compter du 1er avril 2017 (trois mois après le début de l'aggravation de la capacité de gain).

g. Par courrier du 21 août 2018, H_____, sous la signature du gérant de l'époque avec signature individuelle, contresigné par l'intéressé (alors aussi titulaire de la signature individuelle), a, à la suite d'une discussion, confirmé son accord de mettre fin au contrat de travail de celui-ci pour la société, compte tenu de la diminution durable de sa capacité de travail, la gestion d'un dispositif de formation nécessitant une disponibilité et une stabilité plus importantes que celles qu'il pouvait fournir. Il était libéré de son obligation de travailler dès le 1er septembre 2018 et, à titre de cadeau amical, il recevrait son salaire intégral jusqu'au 31 décembre 2018.

h. Après une demande de prestations adressée les 22 et 23 août 2018 à la D_____ et une réponse négative de cette dernière, l'assuré, agissant en personne, par demande en paiement postée le 7 septembre 2018 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) et enregistrée sous le numéro de cause A/3049/2018, a conclu à l'octroi, par ladite caisse de pensions, d'une demi-rente

d'invalidité du 1er décembre 2014 au 31 mars 2017, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2017 et à ce que le revenu assuré déterminant pour le calcul des prestations s'élève à CHF 42'207.15.

Par réponse de ses conseils genevois du 30 novembre 2018, la D_____ a conclu au déboutement de l'ensemble des conclusions du demandeur et au constat que dès le 1er janvier 2015, celui-ci ne pouvait plus être affilié à la caisse, cette dernière tenant à sa disposition la part salariale des cotisations prélevées du 1er janvier 2015 au 30 septembre 2017.

Par courrier du 7 décembre 2018, le demandeur a indiqué, après lecture des arguments de la défenderesse émis pour la première fois en français et " même si plusieurs allégués [de sa réponse étaient] erronés ", " [accepter] la position de la Caisse relativement au refus de versement d'une rente d'invalidité depuis l'année 2014. En conséquence, [il renonçait] à [sa] demande et [priait la chambre de céans] de bien vouloir prendre note du retrait avec désistement d'action de la procédure ".

Par arrêt du 18 décembre 2018 (ATAS/1185/2018), la chambre des assurances sociales a pris acte du retrait de la demande en paiement et a rayé la cause A/3049/2018 du rôle.

i. Comme cela ressort d'une attestation d'employeur émise le 16 octobre 2018 par l'office du personnel de l'Etat de Genève de même que d'un certificat de travail émis le 23 octobre 2018 par la Haute école de gestion de Genève (ci-après: HEG), l'intéressé a œuvré du 1er septembre 2017 au 30 juin 2018 (année académique 2017-2018) auprès de cette école (filière "International Business Management") en qualité d'« enseignant vacataire HES », d'après le demandeur sur la base d'un contrat de travail sur appel d'auxiliaire, pour un salaire brut de CHF 14'790.- en 2017 et CHF 34'960.- en 2018. À teneur dudit certificat de travail, l'assuré avait donné pleine et entière satisfaction, faisant notamment "preuve d'un engagement et d'une serviabilité remarquables". Selon les explications de l'intéressé formulées dans le cadre de la cause A/1577/2019 mentionnée ci-après, sa prise d'emploi à l'Etat de Genève n'était intervenue qu'une fois le licenciement de C_____ prononcé du fait de son incapacité de travail.

Au titre de cet emploi, l'assuré a été affilié auprès de la Caisse de prévoyance de l'État de Genève (ci-après: la CPEG ou la défenderesse), depuis le 1er février 2018 et jusqu'au 31 août 2018 (date de la sortie de cette caisse de pensions).

j. Par lettre du 25 octobre 2018 à laquelle étaient annexés des rapports médicaux, le demandeur a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé, qui diminuait encore sa capacité de travail.

k. À partir d'un courrier du 8 novembre 2018 auquel étaient annexés des certificats d'incapacité de travail pour la période commençant le 1er juillet 2018, l'assuré a régulièrement annoncé à la CPEG ses incapacités de travail ainsi que l'évolution de la procédure AI.

En outre, par courriels des 20 janvier, 2 et 27 février 2019 et courrier du 18 février 2019, il a précisé avoir droit à une rente d'invalidité de la CPEG du fait de la survenance de son incapacité de travail en juillet 2018, date à laquelle il était affilié et assuré auprès de cette caisse de pensions. Une responsable de la CPEG lui a répondu par courriel du 27 mars 2019 que celle-ci ne pouvait pas intervenir pour une rente d'invalidité du fait que, selon les informations figurant dans son dossier, il s'agissait d'une aggravation de la situation de l'intéressé suite à une incapacité de travail ayant commencé en 2013, année où il n'était pas encore assuré auprès de ladite caisse de pensions.

Malgré les contestations de l'assuré et réitération de sa demande de prise en charge formulées les 27 mars, 3 et 20 avril et 1er mai 2019, la CPEG a, le 10 mai 2019, maintenu sa position, qui était fondée sur l'aggravation de l'état de santé retenue par la décision de l'OAI du 18 janvier 2019.

l. Par projet d'acceptation de rente du 16 novembre 2018 puis par décision du 18 janvier 2019, faisant suite à un avis du SMR du 15 novembre 2018 qui se référait à des rapports médicaux d'octobre 2018 et qui retenait une capacité de travail définitivement nulle pour toute activité depuis juillet 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1er octobre 2018 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

m. Par courrier du 17 janvier 2019, au vu notamment du projet d'acceptation de rente du 16 novembre 2018 de l'OAI, la CIEPP a reconnu à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité du 2ème pilier à 100% à compter du 1er octobre 2018, d'un montant de CHF 2'904.- par mois, soit CHF 34'848.- par année.

C. **a.** Par acte adressé le 18 avril 2019 à la chambre des assurances sociales à la suite du refus de la D_____ de donner une suite favorable à ses demande de rente d'invalidité formulées les 29 janvier et 18 février 2018, l'assuré a, par l'intermédiaire de son avocat, formé une demande en paiement – enregistrée sous le numéro de cause A/1577/2019 – à l'encontre de cette caisse de pensions, concluant en particulier à la condamnation de celle-ci à lui allouer une rente d'invalidité de 100% à compter du 1er février 2019, le tout sous réserve d'amplification en cours d'instance.

b. À la suite des conclusions de la défenderesse en rejet de la demande en paiement ainsi que de plusieurs échanges d'écritures et d'audience de comparution personnelle des parties les 7 juillet et 15 septembre 2020, la chambre de céans a, par arrêt du 8 décembre 2020 (ATAS/1186/2020), admis ladite demande en paiement et a condamné la D_____ à verser au demandeur une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle calculée sur la base d'un salaire assuré au 1er janvier 2014 de CHF 41'602.- et d'une rente annuelle d'invalidité LPP de CHF 20'524.- selon le certificat de prévoyance établi le 11 juin 2014, dès le 1er février 2019, majorée d'un intérêt moratoire de 5% l'an à partir du 23 avril 2019.

Selon ladite chambre, l'assuré avait été affilié à la D_____, à titre obligatoire, du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, à tout le moins. L'activité du demandeur au service de B_____ (C_____) étant accessoire du 1er janvier 2015 au 30 septembre 2017, celui-ci n'avait, durant ladite période, pas été affilié à titre obligatoire à la caisse de cet employeur, à savoir la défenderesse, et il ne l'avait pas non plus été à titre facultatif.

En outre, l'intéressé était assuré auprès de la D_____ lorsqu'était survenue en avril 2013 son incapacité de travail dont la cause (la SEP et les troubles qui lui étaient liés) était à l'origine de son invalidité. La condition de la connexité matérielle était donc remplie. Le degré de cette invalidité, qui avait augmenté après avril 2013, était, depuis le second semestre 2018, supérieure à 70% et donnait ainsi depuis lors le droit à une rente d'invalidité entière de la défenderesse. La condition de la connexité temporelle était aussi réalisée.

c. Par arrêt 9C_61/2021, 9C_197/2021 du 1er mars 2022, le Tribunal fédéral a admis un recours en matière de droit public de la D_____, a annulé l'ATAS/1186/2020 précité et a dit que la demande en paiement de l'assuré du 18 avril 2019 était rejetée.

Selon la Haute Cour, dès lors que le demandeur n'avait pas subi d'incapacité de travail déterminante dans son emploi pour le compte de B_____ pendant la durée de son affiliation auprès de la D_____ à la suite de l'atteinte à la santé qui s'était manifestée en 2013, ladite caisse de pensions ne saurait être tenue de prendre en charge l'aggravation de l'invalidité intervenue en 2018, soit à un moment où l'intimé ne lui était plus affilié. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de reconnaître l'obligation de la D_____ de verser à l'intéressé une rente de la prévoyance professionnelle dès le 1er février 2019, en lien avec l'aggravation de l'invalidité ultérieure.

d. Par arrêt 9F_4/2022, 9F_5/2022 du 18 mai 2022, le Tribunal fédéral a rejeté une demande de révision de son arrêt du 1er mars 2022 précité, par laquelle l'assuré lui reprochait d'avoir omis de prendre en considération certains faits.

D. **a.** Par lettre du 6 mars 2022 à la CPEG, l'assuré a réitéré sa demande de versement par celle-ci d'une rente d'invalidité, l'aggravation de son état de santé survenue en été 2018 ayant été due non seulement à la SEP mais en partie aussi à son diabète insulino-dépendant, de sorte qu'il sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%.

b. Par pli du 12 avril 2022, la CPEG a réitéré sa position de refus de prestations, pour le même motif que celui énoncé dans son courriel du 27 mars 2019.

c. Par écrits des 20 avril et 16 mai 2022, l'intéressé a demandé à la CPEG de revoir sa position.

E. **a.** Sans réponse de la part de la CPEG, l'assuré a, par demande en paiement du 15 juin 2022 adressée à la chambre de céans, conclu à la condamnation de cette

caisse de pensions à lui allouer une rente d'invalidité de 50% à compter du 1er octobre 2018, avec intérêts à 5% dès la date du dépôt de cette demande, et sollicitant le renvoi de la cause à la défenderesse pour le calcul de la rente due, en prenant pour base un salaire assuré annuel de CHF 52'474.-.

b. Par réponse du 11 août 2022, la défenderesse a conclu au rejet de cette demande en paiement.

c. Par réplique du 5 septembre 2022, le demandeur, considérant que la défenderesse devait prendre entièrement à charge le cas d'invalidité, a amplifié ses conclusions, concluant désormais que celle-ci soit condamnée à lui allouer principalement une rente d'invalidité à 100% subsidiairement une rente d'invalidité de 50%, dans les deux cas à compter du 1er octobre 2018 et avec intérêts à 5% dès la date du dépôt de cette demande, de même qu'au renvoi de la cause à la défenderesse pour le calcul de la rente due, en prenant pour base un salaire assuré annuel de CHF 52'474.-.

d. Par duplique du 23 septembre 2022, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur de toutes ses nouvelles conclusions.

e. Par écriture du 22 octobre 2022 (sans motivation), le demandeur a persisté dans toutes ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce ou de dissolution du partenariat enregistré, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40] ; ancien art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Aux termes de l'art. 73 LPP, chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1 1ère phr.). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2).

Les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions à l'égard de leurs affiliés. Les prétentions émises en matière de prévoyance professionnelle - que ce soit par les institutions de prévoyance elles-mêmes, les ayants droit ou les employeurs - doivent l'être par voie d'action (ATF 115 V 224 consid. 2 ; ATAS/1168/2019 du 16 décembre 2019 consid. 1e).

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (ATAS/708/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2 et la référence ; Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, recueil de jurisprudence neuchâteloise 1984, p 19).

La LPP ne prévoit pas l'application de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), si bien que cette loi-ci n'est pas applicable (art. 2 LPGA), en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).

L'art. 73 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant-droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier nommé par une écriture qui doit désigner l'institution de prévoyance visée, contenir des conclusions ainsi qu'une motivation. C'est ainsi la partie qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige (maxime de disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 59/03 du 30 décembre 2003 consid. 3.1).

La procédure devant la chambre de céans est soumise, de manière générale, à la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10) et, plus particulièrement, aux art. 89A ss LPA. L'objet du litige est déterminé par les conclusions de la demande ainsi que les faits invoqués à l'appui de celle-ci et cas échéant par l'action reconventionnelle de la ou des parties défenderesses (ATF 141 V 170 consid. 3 ; 135 V 23 consid. 3.1; 129 V 452 consid. 3.2 ; ATAS/1168/2019 consid. 3a).

3. En matière de prévoyance professionnelle, en vertu de l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

En l'occurrence, le lieu de l'exploitation dans laquelle le demandeur a été engagé, soit la HEG, se trouvait dans le canton de Genève, de sorte que la compétence de la chambre de céans à l'égard de ce litige est donnée *ratione loci*, en plus de celle *ratione materiae*. La compétence de la chambre de céans est ainsi établie.

4. La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B LPA.

Partant, elle est recevable.

5. Le présent litige porte sur la question de savoir si la D_____ est tenue de verser une rente d'invalidité au demandeur selon la LPP.

6.

6.1 Tout d'abord, il est incontesté – et incontestable – que le demandeur, du fait de son emploi à la CPEG en 2018 pour un salaire annuel supérieur à CHF 21'150.-, était en principe soumis à l'assurance obligatoire des salariés notamment pour le risque d'invalidité, conformément aux art. 2 et 7 LPP.

6.2 L'art. 1j al. 1 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2 - RS 831.441.1), fondé sur la délégation de compétence contenue à l'art. 2 al. 4 LPP, énumère les catégories de salariés non soumises à l'assurance obligatoire. Il s'agit notamment des salariés exerçant une activité accessoire, s'ils sont déjà assujettis à l'assurance obligatoire pour une activité lucrative exercée à titre principal ou s'ils exercent une activité lucrative indépendante à titre principal (let. c), et des personnes invalides au sens de l'AI à raison de 70% au moins, ainsi que des personnes qui restent assurées à titre provisoire au sens de l'art. 26a LPP (let. d).

L'art. 1j al. 1 let. c OPP 2 a pour but d'éviter, dans toute la mesure du possible, que des salariés au service de plusieurs employeurs ne se trouvent soumis chaque fois au régime obligatoire. Elle pose donc le principe que les travailleurs liés par plusieurs rapports de travail sont assujettis au régime obligatoire sur la base de l'activité qu'ils exercent à titre principal. La distinction entre activité principale ou accessoire n'est pas toujours aisée. Il importe avant tout de tenir compte des circonstances particulières. Pour différencier l'activité principale d'une activité accessoire, on peut tabler sur les critères suivants : la durée de chaque rapport de travail, le montant du salaire, la nature de l'activité, la stabilité de l'occupation, l'ordre chronologique dans l'exercice de l'activité lucrative et le point de vue de l'intéressé lui-même. La détermination du caractère principal ou accessoire d'une activité incombe en premier lieu à l'institution de prévoyance professionnelle (Jacques-André SCHNEIDER, in Commentaire LPP et LFLP, 2020, n. 48 ad art. 2 LPP).

Il y a lieu de retenir une activité principale pour un emploi exercé au taux de 50 à 60% et des activités accessoires pour deux emplois aux taux de 15 et 25% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_411/2011 du 17 janvier 2012). En revanche, celui qui exerce en même temps plusieurs activités lucratives équivalentes, en particulier deux activités lucratives équivalentes à 50%, et dépasse dans chacune d'elles le salaire minimum de l'art. 7 LPP est assuré obligatoirement auprès des institutions de prévoyance des employeurs équivalents en taux d'activité (ATF 129 V 132 consid. 3). En effet, il est pratiquement impossible de fixer une limite entre activités principale et accessoire dans un tel cas (Jacques-André SCHNEIDER, op. cit., n. 50 ad art. 2 LPP). Si l'assuré devient invalide à 50% et abandonne pour cette raison l'un de ses emplois, conservant l'autre au même taux que précédemment, l'institution de prévoyance de l'employeur restant n'est pas tenue à prestations, alors que l'autre institution doit lui allouer une rente entière (ATF 129 V 132 consid. 4). Dans le même sens, lorsqu'un assuré est obligatoirement affilié à

trois institutions de prévoyance sur la base de trois activités à temps partiel avec taux d'occupation de 50, 30 et 20% et qu'il doit quitter un de ses trois emplois en raison d'une invalidité, la caisse de pensions de l'employeur avec lequel le rapport de travail s'est terminé à cause des empêchements rencontrés doit s'acquitter d'une rente entière d'invalidité, calculée sur la base du taux d'occupation exercé. Les deux autres institutions de prévoyance n'ont en revanche pas l'obligation de verser des prestations. Dans ce cas, l'invalidité à charge de l'institution de prévoyance dont l'employé a arrêté l'activité lucrative se calcule sur la base de la totalité de l'activité exercée à temps partiel ; l'assuré a donc droit à une rente entière s'il cesse entièrement son activité à temps partiel (ATF 144 V 72 consid. 5.3.4 ; ATF 136 V 390 consid. 3 et 4 ; ATF 129 V 132). Si la capacité de travail diminue pour les mêmes raisons médicales que celles qui ont conduit à la reconnaissance de l'incapacité partielle, la caisse de pensions de l'employeur pour lequel l'assuré a continué à travailler jusqu'à la diminution de sa capacité de travail doit verser ses prestations, le cas échéant une rente entière si le degré d'invalidité atteint 70% au moins au sens de l'AI conformément à l'art. 24 al. 1 let. a LPP (ATF 129 V 132 consid. 4.3.3), auquel cas toutes les institutions de prévoyance sont tenues de prester et doivent chacune verser une rente entière dans le cadre des rapports de prévoyance assurés (ATAS/646/2015 du 27 aout 2015 consid. 13).

6.3 Dans le cas présent, il ressort de l'ATAS/1186/2020 précité (ch. 53 en fait) et entre autres d'un extrait de CI au 20 novembre 2019 que l'intéressé a reçu de H_____ des revenus de CHF 60'970.- pour 2017 et CHF 32'000.- pour 2018, contre CHF 14'790.-, respectivement CHF 34'960.- versés par l'Etat de Genève pour son emploi à la HEG.

L'emploi de l'assuré au sein de la HEG en 2017 et 2018 ne saurait dès lors être considéré comme une activité accessoire au sens de l'art. 1j al. 1 let. c OPP 2.

6.4 Partant, du point de vue de la question de l'affiliation selon la LPP, la défenderesse pourrait être amenée à verser une rente d'invalidité au demandeur à la suite de l'aggravation de son incapacité de travail dès le 1er juillet 2018, si les autres conditions (ci-après) sont réunies.

7.

7.1 Selon l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

En vertu de l'art. 24 al. 1 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI (let. a) ; à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins (let. b) ; à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c) ; à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (let. d).

L'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI) précise que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur – le 1er janvier 2022 – de ladite modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas une modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il en découle que l'éventuel droit de l'intéressé à une rente d'invalidité LPP de la part de la défenderesse resterait soumis à l'ancien droit.

7.2 Aux termes de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20 ; art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2). Le droit aux prestations s'éteint au décès du bénéficiaire ou, sous réserve de l'art. 26a LPP, à la disparition de l'invalidité (al. 3 1ère phr.). Si l'assuré n'est pas affilié à l'institution de prévoyance tenue de lui fournir des prestations au moment où est né le droit à la prestation, l'institution de prévoyance à laquelle il était affilié en dernier est tenue de verser la prestation préalable. Lorsque l'institution de prévoyance tenue de verser la prestation est connue, l'institution tenue de verser la prestation préalable peut répercuter la prétention sur elle (al. 4).

Sous l'angle de l'art. 26 LPP, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'AI, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 ; ATF 138 V 409 consid. 3.1 ; ATF 126 V 308 consid. 1 *in fine*). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (survenance de l'incapacité de travail invalidante ; ATF 129 V 150 consid. 2.5 ; ATF 123 V 269 consid. 2a et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 416/06 du 3 janvier 2007 consid. 3.1) – qui ne correspond pas au début du droit à une rente AI selon l'art. 28 al. 1 let. b aLAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2022 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_180/2016 du 29 juin 2016 ; 9C_61/2014 du 23 juillet 2014 consid. 3 ; Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2020, n. 16 ad art. 23 LPP) –, dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2).

En l'occurrence, l'art. 33 du règlement général de la CPEG du 23 mars 2013 (état au 1er janvier 2021; RCPEG) soumet la défenderesse à la notion d'invalidité, au degré d'invalidité et au *dies a quo* du droit à la rente tels que déterminés par l'AI. La CPEG ne s'est du reste pas écartée des décisions et appréciations de l'OAI.

On rappellera que la preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2) ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail "en temps réel" ("echtzeitlich"). Toutefois, des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail; en d'autres termes, la diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (arrêts du Tribunal fédéral 9C_590/2021 du 17 novembre 2022 consid. 3.2; 9C_556/2019 du 4 novembre 2019 consid. 4.3 et la référence).

Il faut au surplus rappeler que l'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2 ; ATAS/1186/2020 précité consid. 8b; ATAS/646/2015 précité consid. 13).

7.3

7.3.1 Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; ATF 123 V 262 consid. 1a ; ATF 118 V 35 consid. 5).

L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur en changeant en même temps d'institution de prévoyance et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'AI : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance ; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 120 V 112 consid. 2c). Cependant, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais

encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; ATF 130 V 270 consid. 4.1).

7.3.2 Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral B 48/05 du 25 avril 2006 consid. 4).

Le moment de la survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. La jurisprudence exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle doit résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral B 62/01 du 24 juin 2002 consid. 1b ; B.35/00 du 22 février 2002 consid. 1b ; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 11 ad art. 23 LPP).

Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit, aussi bien qualitativement que quantitativement, être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% au moins (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 8 ad art. 23 LPP). De plus, la diminution du rendement doit être de nature durable, dans le sens que le dommage à la santé à la base de cette diminution est susceptible, à long terme, de porter gravement atteinte à la capacité de travail de la personne assurée. Cette exigence n'est en principe pas remplie lors d'absences de courtes durées, répétées, au travail, pour cause de maladie, de peu de jours ou de semaines isolées (arrêt du Tribunal fédéral B 44/05 du 12 septembre 2005 consid. 1 ; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 8 ad art. 23 LPP).

7.3.3 La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 138 V 409 consid. 6.2). L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne

saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée (ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa).

Les maladies évoluant par poussées telles que la SEP ou la schizophrénie occupent une place particulière lorsqu'il s'agit d'apprécier la connexité temporelle. Les tableaux cliniques de ces maladies sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec des périodes alternantes d'exacerbation et de rémission. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce et de ne pas appliquer des critères trop sévères (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 33 ad art. 23 LPP). Des critères trop sévères dans l'appréciation de la connexité temporelle dans les cas de maladies évoluant par poussées conduiraient à ce que l'institution de prévoyance tenue à prestations lorsque la maladie s'est déclarée serait régulièrement appelée à verser les rentes lors de poussées ultérieures invalidantes, quand bien même l'assuré aurait connu depuis lors d'assez longues périodes durant lesquelles sa capacité de travail se serait rétablie et aurait été mise en valeur dans le cadre de plusieurs contrats de travail, même brefs (arrêt du Tribunal fédéral B 12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1). En matière de maladies évoluant par poussées, il est toutefois central que la question de l'existence d'une connexité temporelle se pose seulement si la survenance d'une incapacité de travail invalidante pendant la durée de rapport de travail et du rapport de prévoyance pertinents est suffisamment prouvée (arrêt du Tribunal fédéral B 69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2 ; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 33 ad art. 23 LPP).

7.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral I.339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

8.

8.1 En l'espèce, au plan médical, les faits suivants ressortent du dossier.

8.1.1 Concernant la première période d'incapacité de travail commencée en avril 2013 et ayant conduit à l'octroi, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, d'une demi-rente AI à compter du 1er décembre 2014 (six mois après le dépôt de la

demande AI et plus d'un an après le début de l'incapacité de travail le 1er avril 2013), des certificats du docteur I_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie et en médecine interne générale, datés des 2 avril, 14 mai et 15 juillet 2013 ont émis des arrêts de travail à 100% depuis le 2 avril 2013 jusqu'au 19 août 2013.

Dans un questionnaire rempli le 28 juillet 2014 à l'intention de l'OAI, le Dr I_____, qui suivait l'intéressé depuis 2002, en particulier pour un diabète de type 1 depuis cette même année et pour une thyroïdite depuis 2005, diagnostics sans effet sur la capacité de travail, a indiqué, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, une probable SEP évoluant depuis avril 2013, encore en évaluation par le neurologue traitant, le docteur J_____, neurologue FMH. L'assuré souffrait surtout d'une très importante fatigue, d'une fatigabilité très importante, d'une baisse considérable de ses moyens intellectuels et de sa capacité de concentration ; il avait eu une période de maux de tête intenses, qui apparaissaient actuellement de manière plus fluctuante, moins régulière. Cette situation neurologique influait aussi sur la gestion (par le patient) du diabète, lequel restait bien contrôlé, sous injections multiples, sans complication chronique, le pronostic étant plutôt favorable concernant le diabète et la thyroïdite. Il y avait une diminution de rendement de 70% environ, et l'activité exercée était exigible entre 30% et 50% selon la charge de travail.

Dans un questionnaire reçu le 31 juillet 2014 par l'OAI, le Dr J_____ a indiqué, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, une SEP diagnostiquée en janvier 2014 et, sans effet sur la capacité de travail, une probable virose en 2013 avec difficulté de concentration et une possible mononucléose avec fatigue. Il suivait l'assuré depuis le 8 janvier 2014, et le dernier contrôle remontait au 23 juin 2014 ; actuellement, l'examen neurologique était normal et il n'y avait pas de traitement médicamenteux prescrit, mais une surveillance à long terme. En raison de problèmes cognitifs et de la fatigue, avec le besoin de dormir beaucoup, qui constituaient aussi les restrictions au travail et dont découlait une baisse de productivité, le patient présentait une incapacité de travail de 50%, qu'il faisait remonter de manière plausible au mois d'avril 2013. Aux dires de celui-là, il pouvait au maximum travailler cinq heures par jour.

À cet égard, selon un rapport adressé par le Dr J_____ le 26 juin 2014 à la médecin traitant (depuis décembre 2013), la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à la suite de la consultation du 23 juin précédent, les céphalées et les troubles de l'attention étaient alors toujours d'actualité, tout comme le sentiment de fatigue ; il était vrai que sous traitement de Trittico, les céphalées étaient relativement contrôlées et que l'intéressé avait un peu moins de fatigue ; à la fin de ce rapport, il était écrit : « Concernant les incapacités de travail, il serait tout à fait justifié qu'une démarche auprès de l'AI soit initiée car actuellement l'incapacité de travail serait probablement évaluée à hauteur de 50% et le patient estime qu'il a eu cette difficulté déjà dès avril 2013,

probablement suite à un premier épisode neurologique ou un premier état post-infectieux. À relever les autres problèmes : endocrinien, diabète et thyroïde dont il faudra aussi tenir compte si un traitement préventif devait être débuté ».

Dans un questionnaire rempli le 3 septembre 2014, la Dresse K_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de probable méningite au printemps 2013 (2 avril 2013) et de suspicion de SEP, les diagnostics d'hypothyroïdie substituée et de diabète de type 1 étant quant à eux sans effet sur la capacité de travail. Les restrictions du patient consistaient en une fatigabilité et des difficultés de concentration, variables selon les jours. Pour ces motifs, depuis le 2 avril 2013 et encore actuellement, celui-ci était complètement inapte à la profession d'avocat, mais une capacité de travail à 50% était possible dans des activités lui demandant moins de concentration, en particulier des cours.

Dans un questionnaire reçu le 22 décembre 2014 par l'OAI, la doctoresse L_____, neurologue FMH avec spécialisation en électroencéphalographie et Doppler, qui suivait l'assuré depuis le 15 juillet 2013, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de « fatigabilité et céphalées post encéphalite d'origine X » depuis mars 2013 ainsi que de SEP, et, sans effet sur la capacité de travail, de diabète insulino-dépendant (depuis 2002) et de thyroïdite auto-immune (depuis 2005). Sa capacité de travail dans l'activité exercée était de 50% en raison de la fatigabilité, de l'hypersomnie et des troubles de la concentration. À teneur de l'anamnèse, le patient avait présenté des céphalées hyperalgiques en mars-avril 2013 attribuées à une sinusite, et aucune ponction lombaire n'avait été pratiquée; au moment de la – seule – consultation du 15 juillet 2013, il persistait une fatigabilité importante et des céphalées débutant avec les efforts de concentration; l'examen neurologique et l'électroencéphalogramme étaient alors normaux; l'évolution avait été très défavorable, et l'assuré présentait encore à ce jour des problèmes d'hypersomnie même avec le traitement, de l'avis de l'intéressé le mieux adapté, à savoir le Trittico; deux IRM et une ponction de LCR (avec détermination des leucocytes) conduisaient à conclure à une SEP; cependant, l'importance du nombre de leucocytes en janvier – 2014 –, face à l'absence de lésion prenant le contraste, ainsi que l'importance des troubles du sommeil alors qu'il n'y avait pas de lésion au niveau des voies réglant le rythme veille-sommeil, parlaient "en faveur d'une méningo-encéphalite qui [évoluait] positivement depuis mars 2013 d'origine indéterminée".

À la suite d'un entretien du 7 octobre 2014 avec l'assuré, l'OAI a, le 27 janvier 2015, établi un rapport d'évaluation. Selon ses explications, l'intéressé était de nature hyperactive et gérait son diabète. De nouveaux soucis de santé, à savoir une méningite et une dépression (burnout) avant le diagnostic de SEP, l'avaient amené à abandonner son projet de doctorat et son travail à l'étude d'avocats, à cause des problèmes de fatigue, de manque de concentration avec des céphalées régulières. Il n'avait actuellement pas de soucis neurologiques à la marche. Ses grands soucis consistaient en ce qu'il refusait de s'arrêter et se voyait dans l'incapacité de le

faire. Il avait testé un traitement de deux différents « antidépresseurs » de type stimulant et régulateur de sommeil (Trittico et Modasomil), sur une année.

À teneur d'un rapport du Dr J_____ du 13 janvier 2015, l'état général de l'intéressé s'était, à la suite de la prise de certains médicaments, nettement amélioré, avec une motivation récupérée, un meilleur sommeil et des maux de tête moins fréquents, mais le patient était toujours fatigué et dormait beaucoup, de dix à quinze heures par jour incluant toujours une sieste d'au moins deux heures en début d'après-midi ; l'examen neurologique était normal ; il était indiqué : « Au vu de l'évolution clinique radiologique, il n'y a donc pas de signe suggérant une activité de maladie. On peut donc résumer la situation de la manière suivante : indéniablement, le patient présente une [SEP] (positivité du liquide céphalo-rachidien à deux reprises), alors que l'on est éloigné de l'épisode initial qui a probablement été, dans le courant de l'année 2013, une infection virale avec syndrome méningé. Les deux pathologies se sont probablement exprimées plus ou moins vers la même époque, même si les lésions vue (sic) en résonance magnétique sont probablement antérieures à janvier 2013. (…). Le patient récupérant bien thymie et éléments cognitifs, il préfère continuer la stratégie de « surveillance au long cours », plutôt que commencer un « traitement préventif » ».

Dans un rapport du 2 février 2015, le SMR a résumé l'évolution et la situation médicales de l'assuré, qui avait initialement présenté une probable méningo-encéphalite (possible infection virale) avec découverte fortuite en janvier 2014 d'un syndrome radiologiquement isolé (RIS) – par le Dr J_____ – puis confirmation d'une SEP par ponction lombaire, et a indiqué ne pas avoir de raison de s'écarter de l'avis des médecins traitants. Il a retenu, comme atteinte principale à la santé, un trouble cognitif et une fatigue consécutifs à un status après une méningo-encéphalite en mars 2013 (qui évoluait lentement mais favorablement depuis lors) associée à une SEP débutante, alors que le diabète insulinodépendant de type 1 et l'hypothyroïdie (thyroïdite d'Hashimoto) présents depuis 2002 n'étaient pas du ressort de l'AI. Depuis avril 2013, sa capacité de travail exigible était nulle dans son activité habituelle d'avocat, mais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : difficultés cognitives, diminution de la concentration après trois heures d'activité, fatigue et fatigabilité qui entraînaient une baisse de productivité, une hypersomnie et une intolérance aux activités impliquant un niveau de stress élevé. Les activités annexes de formateur étaient moins exigeantes que l'activité d'avocat et offraient une plus grande souplesse dans l'organisation du travail et les horaires. En cas d'octroi de prestations, une révision était proposée dans une année.

8.1.2 S'agissant de la deuxième phase d'incapacité de travail ayant fait suite à un courrier du 29 janvier 2017, complété le 11 février 2017, par lequel l'assuré avait fait état d'« une poussée de [sa] maladie durant janvier », et ayant donné lieu à l'augmentation de la rente AI à un trois-quarts de rente, sur la base d'un degré

d'invalidité de 60%, à compter du 1er avril 2017 (trois mois après le début de l'aggravation de la capacité de gain), il convient de relever ce qui suit.

Dans un questionnaire du 11 avril 2017 adressé à SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA), assurance perte de gain de C_____, la Dresse L_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de SEP avec suspicion en 2013 et première poussée en janvier 2017, ainsi que de syndrome d'hypersomnie dans les suites d'une atteinte de méningo-encéphalitique en 2013. La capacité de travail du patient en tant que « avocat – spécialiste administration (déjà l'AI à 50%) avait été nulle de janvier au 13 mars 2017 et était de 20% depuis lors grâce au traitement contre la SEP (médicament Copaxone), en raison de « difficulté par fatigabilité et troubles du langage » se manifestant par une « fatigabilité, céphalées à la concentration, difficultés phasiques » ». Dans un certificat du 9 juin 2017, cette neurologue relevait par ailleurs la présence du syndrome d'hypersomnie, du diabète insulino-dépendant et de l'hypothyroïdie auto-immune.

À teneur d'un certificat du 20 juin 2017 de la Dresse K_____, l'assuré avait continué son activité à 50% jusqu'en janvier 2017, mois où il avait fait une poussée de SEP. Par la suite, il n'avait pu reprendre son activité qu'à 40%, en raison d'une fatigue importante persistante et de troubles de la concentration. Malgré un traitement antidépresseur depuis avril 2017 et sous Copaxone, la fatigue persistait, certainement à cause de la SEP. Il ne pouvait pas travailler davantage qu'à 40%, probablement à long terme.

Selon un avis du SMR du 5 février 2018, tous les médecins confirmaient une aggravation de l'état de santé de l'assuré, mise en évidence par une imagerie sous forme d'IRM et des symptômes cliniques. Leur estimation était acceptée, à savoir une capacité de travail, dès janvier 2017, de 40% dans des conditions adaptées aux limitations fonctionnelles qu'étaient une fatigue importante avec une dysphagie de même qu'un trouble de la concentration. Le SMR relevait notamment: "En ce qui concerne le problème somatique, "un trouble cognitif et une fatigue consécutive à un stade après méningo-enchépalite en avril 2013, associée à une [SEP] débutante a été retenue par le neurologue. Cet état de santé a été associé avec un état dépressif". S'agissant de la "révision d'office" du cas le 31 janvier 2017, le SMR notait, notamment, les diagnostics suivants comme "non du ressort de l'AI": "diabète insulino-dépendant et thyroïdite auto-immune, en plus SEP en évolution depuis 2014".

Après une capacité de travail de 40% attestée par des certificats de la Dresse K_____ et confirmée par celle-ci dans un questionnaire rempli le 28 février 2018 pour SWICA (dans lequel elle prévoyait que ce taux se maintiendrait probablement à long terme), le médecin-conseil de cette assurance a, dans une note du 13 mars 2018, considéré qu'une incapacité de travail (« IT ») à « 40% » était « justifiée » (sic) « jusqu'à épuisement pour SEP et état dépressif ».

8.1.3 Pour ce qui est de l'aggravation de l'état de santé et de l'incapacité de travail du demandeur suivie de l'octroi d'une rente AI entière depuis le 1er octobre 2018 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, la Dresse K_____ a, à compter du 1er juillet 2018, régulièrement indiqué une capacité de travail nulle.

D'après un certificat du 24 septembre 2018 du docteur M_____, ophtalmologue FMH, qui suivait l'intéressé depuis plusieurs années, celui-ci présentait des épisodes de diplopie horizontale fréquents qui avaient débuté en été 2018 mais qui avaient été décrits depuis quelques années. L'examen orthoptique montrait "une ésophorie qui décompensait avec vision double et donc impossibilité de travail dès augmentation de sa fatigue liée à son état général et à sa pathologie de SEP". Du point de vue ophtalmologique, il n'y avait pas de traitement particulier, mais un arrêt de travail dès les premiers symptômes de fatigue dus aux poussées de SEP, dont la fréquence croissait depuis l'été 2018.

A teneur d'un certificat du 12 octobre 2018, la doctoresse N_____, psychiatre-psychothérapeute FMH qui suivait l'assuré depuis presque deux ans (décembre 2016), a constaté une baisse de l'humeur, ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur. Une plainte de fatigue intense, s'aggravant, l'empêchait de mener à bien des projets professionnels et personnels.

Selon un rapport du 16 octobre 2018 de la Dresse L_____, depuis une nette aggravation de la situation à la suite d'une dernière poussée intervenue aux Etats-Unis en juillet 2018 avec des épisodes de diplopie, le patient, qui avait espéré suivre quelques cours à l'Université de Berkeley, avait été dans l'incapacité d'y participer et, à son retour en Suisse, n'avait pas été en mesure de reprendre une activité suivie, ce dont résultait également une aggravation de l'état dépressif devant le constat de ses difficultés. Son incapacité de travail était estimée à 75% ; en raison de la fatigabilité intense liée à la SEP avec des troubles de la concentration dès qu'il essayait de forcer, il n'était actuellement plus en mesure d'assurer un travail de plus de deux heures par jour, mais pas sur une base régulière puisque certains jours pouvaient être un peu plus productifs tandis que d'autres étaient avec une capacité de travail nulle.

D'après un rapport du 24 octobre 2018 de la Dresse K_____, l'état de santé du demandeur s'était aggravé durant l'été 2018, lorsqu'il avait souffert de problèmes neurologiques et visuels ainsi que d'une décompensation de son diabète. Jusqu'à aujourd'hui, il avait été en arrêt total de travail. Il n'était désormais plus capable d'assurer une activité professionnelle régulière à cause de sa SEP qui lui causait une grande fatigue et une baisse de ses performances intellectuelles. Il avait encore des épisodes de diplopie qui l'obligeaient à cesser toute activité, en sus de son diabète instable qui aggravait ses symptômes suite aux variations importantes de glycémie. L'assuré était suivi de manière très régulière par la Dresse K_____ elle-même ainsi que par les Drs L_____, I_____ et N_____, et traité par de multiples médications pour chacune de ses affections (Copaxone pour la SEP, Novothyral pour l'hypothyroïdie, "Pompe à insuline avec capteur de glucose en

continu pour le diabète", et Fluctine pour la dépression). Le traitement antidépresseur avait récemment dû être augmenté à la suite de l'aggravation de l'été 2018. Selon la Dresse K_____, le patient, afin de maintenir un équilibre et éviter de décrocher totalement, devait à tout prix garder une activité professionnelle correspondant à ses qualifications, même très partielle, à savoir uniquement entre 20 et 25%, soit deux heures par jour sur quatre jours de travail par semaine, voire un peu plus certaine semaines et pas du tout à d'autres moments.

Dans un rapport du 24 octobre 2018, le Dr I_____ a indiqué suivre le demandeur depuis dix ans régulièrement pour un diabète de type 1, évoluant depuis 2002, très instable, nécessitant un traitement par pompe à insuline avec un capteur de glucose pour limiter, sans réussir à complètement éviter, des fluctuations glycémiques importantes qui aggravaient ses symptômes neurologiques. Selon ce spécialiste en endocrinologie et diabétologie, cette prise en charge était très exigeante, nécessitant entre autres de respecter une bonne hygiène de vie, une surveillance régulière des glycémies et une adaptation constante du traitement insulinique. En outre, le patient présentait une atteinte thyroïdienne auto-immune depuis 2014, dans un premier temps sous la forme d'une hyperthyroïdie substituée. Sous l'angle de la SEP suivie par la Dresse L_____, l'état de santé de l'assuré s'était considérablement détérioré depuis l'été 2018, avec une grande fatigue, une baisse des performances intellectuelles et des épisodes de diplopie très invalidants qui empêchaient alors toute activité. Cette poussée de SEP s'était compliquée d'une décompensation de son diabète, malgré des efforts constants pour maintenir un équilibre aussi optimal que possible. La capacité de travail de l'intéressé, fluctuante dans le temps, se situait en moyenne autour de deux heures par jour, correspondant à un taux entre 20 et 25%. Une activité professionnelle représentait pour lui une source importante d'équilibre psychologique. Cette situation devait être considérée sur le long terme.

Dans un avis du 15 novembre 2018 qui se référait aux derniers rapports des Drs L_____ et I_____, qui signalaient une aggravation de la symptomatologie neurologique depuis juillet 2018 avec des épisodes de diplopie, respectivement "une décompensation du diabète, à la suite de la décompensation de la SEP", le SMR a retenu une capacité de travail définitivement nulle pour toute activité depuis juillet 2018.

8.1.4 Par la suite, au second semestre 2019, la prise d'un nouveau médicament, de « 2ème ligne » le Mavenclad, servant au traitement de patients présentant une forme agressive ou sévère de SEP, avait dû faire l'objet d'une acceptation par le médecin-conseil de son assureur-maladie le 27 juillet 2019. Cette acceptation faisait suite à une demande du 9 juillet 2019 de la Dresse L_____, laquelle décrivait « un patient présentant une SEP connue radiologiquement et avec un LCR positif depuis 2014 (investigations en raison d'un syndrome d'hypersomnie majeure) avec une première poussée clinique sous forme d'aphasie en 2016 ».

Par lettre du 10 février 2020, le Dr I_____ a fait savoir au médecin-conseil de l'assureur-maladie de l'intéressé qu'il "[observait] une difficulté grandissante à la gestion du diabète, en lien avec une aggravation de l'instabilité du diabète au cours des derniers mois, avec augmentation de l'HbA1c et des glycémies régulièrement très élevées, en tout cas un jour sur deux". Selon ce spécialiste, "ses besoins en insuline [avaient] augmenté ces derniers temps ce qui [faisait] également que la pompe [actuelle n'était] plus adaptée aux besoins [du] patient"; dans ce contexte global, il existait une claire indication médicale à changer de pompe pour un nouveau système, "pour améliorer le contrôle". Par courrier du 10 mars 2020, ledit assureur-maladie a accepté la location de ce nouvel appareil, avec certaines conditions et avec une demande de "rapport évolutif détaillé" en cas de poursuite de cette thérapie après douze mois. Le 25 mars 2021, faisant suite à un nouveau rapport du Dr I_____ du 5 mars 2021, l'assureur-maladie a confirmé son acceptation de prise en charge, avec en substance les mêmes conditions. À teneur de la liste des moyens et appareils (LiMA) de l'assurance-maladie obligatoire, le "système de mesure du glucose en continu (CGM) avec fonction d'alarme" – le nouvel appareil utilisé par le demandeur et accepté par son assureur-maladie – est soumis aux limitations suivantes: uniquement chez les patients traités à l'insuline, aux conditions suivantes (applicables avant de commencer avec le CGM): a) valeur de l'HbA1C égale ou supérieure à 8% et/ou b) en cas d'hypoglycémie sévère de degré II ou III ou c) en cas de formes sévères de diabète instable ayant déjà nécessité une consultation d'urgence et/ou une hospitalisation.

Par ailleurs, à la demande et à l'intention de l'assuré, le docteur O_____, spécialiste en neurologie et électromyographie exerçant en France et expert auprès d'une cour d'appel française, a établi, le 18 mars 2020, l'historique et la situation actuelle de la maladie neurologique de l'intéressé. Les antécédents neurologiques étaient le diagnostic de SEP en 2014 et extra-neurologiques le diagnostic de diabète de type 1, actuellement traité par pompe à insuline, d'équilibration difficile, ainsi que le diagnostic de maladie d'Hashimoto traitée par substitution hormonale et également d'équilibration difficile. Dans le cadre de l'histoire de la maladie neurologique, le diagnostic de SEP s'était vu confirmer de façon certaine après l'apparition d'un premier événement déficitaire sur le plan neurologique en janvier 2017 (trouble aphasique d'expression); malgré le traitement alors introduit (corticothérapie et Copaxone), une seconde poussée de SEP était survenue durant l'été 2018 avec une diplopie accompagnée d'une décompensation du diabète et d'un renforcement des troubles de l'humeur; le Copaxone avait alors été remplacé par le Cladibrine en septembre 2019 et le traitement antidépresseur; sous ce nouveau traitement, il n'était pas survenu de nouvel épisode neurologique déficitaire; néanmoins, la fatigue chronique et la fatigabilité psychologique et physique persistaient, associées à des troubles cognitifs limitant considérablement les activités personnelles et professionnelles, d'autant qu'il existait une hypersomnie; concernant les deux autres pathologies associées, l'équilibre du diabète demeurait fluctuant tout comme "la TSH" dans le cadre de la dysthyroïdie.

Actuellement, les plaintes concernaient les limites cognitives liées à la fatigabilité, une fatigue chronique avec hypersomnie, l'existence d'une diplopie résiduelle intermittente, fluctuant selon le niveau de fatigue. En conclusion, de façon certaine, l'association des trois pathologies, dont deux (diabète et dysthyroïdie) étaient de stabilisation difficile, participait à l'état physique et psycho-cognitif actuel du demandeur; la fatigue était un symptôme classique et fréquent de la SEP, y compris dans un contexte de la maladie neurologique inflammatoire, ce qui semblait être le cas ici; les plaintes cognitives et la fatigabilité s'intégraient également dans ce contexte polypathologique, chaque maladie ayant un retentissement particulier mais dont les conséquences s'additionnaient entre elles; la résultante était une incapacité professionnelle quasi-totale, outre le retentissement sur la vie personnelle et sociale.

Par certificat du 2 juin 2020, Madame P_____, psychologue et psychothérapeute FSP, a attesté un suivi de l'assuré à son cabinet depuis le 12 septembre 2018, initialement chaque semaine et désormais chaque deux semaines. Selon elle, un des objectifs de cette psychothérapie (d'orientation cognitivo-comportementale) était de travailler sur l'acceptation par le patient de sa maladie, la SEP, et sur les conséquences de cette dernière sur sa vie personnelle et professionnelle. Un des symptômes les plus handicapants pour le demandeur était l'hypersomnie dont il souffrait de manière récurrente et l'empêchait de fonctionner selon ses envies ou obligations. Une baisse de ses capacités attentionnelles et de concentration était aussi souvent évoquée. "Bien que le patient tente de masquer son mal-être envers son entourage, des symptômes anxio-dépressifs (tristesse, perte de l'élan vital, isolement, troubles du sommeil, troubles alimentaires, angoisses, évitements, irritabilité, etc.) intermittents [étaient] donc la résultante de ses conséquences".

Selon un rapport du 26 août 2020 de la Dresse L_____, la situation était stationnaire au plan de la SEP avec un traitement de Mavenclad introduit en septembre 2019 et bien supporté. Il restait donc toujours une importante fatigabilité chronique avec hypersomnie autour de onze à douze heures par jour et certains moments de récidive plus importante où le patient n'avait aucune activité résiduelle.

Le 13 septembre 2021, le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant du demandeur depuis le 27 septembre 2019 (à raison d'environ deux consultations par mois), a attesté que celui-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent difficile à équilibrer, sans retour à l'euthymie malgré un traitement conduit dans les règles de l'art et observé (thérapie cognitivo-comportementale et médicaments). Il y avait des signes objectifs de fatigue d'origine neurologique (méningo-encéphalite en 2013, SEP évoluant depuis 2017). Le patient était au bénéfice d'une rente AI à 100% à partir d'octobre 2018 "en raison des affections somatiques et psychiatriques dont il [souffrait]", gardant une activité professionnelle de 20% correspondant à sa capacité de travail.

Relativement récemment, le 2 avril 2022, le Dr I_____, qui avait vu le patient pour la dernière fois le 20 mars 2022, a rempli un questionnaire à l'intention de l'OAI. Dans l'anamnèse, il passait en revue les quatre maladies principales de l'assuré: premièrement, "le diabète de type 1 évoluant depuis 20 ans maintenant, très instable, nécessitant maintenant un traitement par pompe à insuline avec un capteur de glucose connecté qui permet de partiellement ajuster le traitement d'insuline à ses besoins et limiter, sans réussir à complètement éviter, des fluctuations glycémiques importantes qui aggravent ses symptômes neurologiques. La gestion reste très exigeante, nécessitant entre autres de respecter une bonne hygiène de vie, une surveillance régulière des glycémies et une adaptation constante du traitement insulinique, alors qu'il doit régulièrement "reprendre la main" sur l'automatisme de la pompe, lorsque les fluctuations de ses besoins en insuline sont au-delà de ce que la pompe peut proposer. L'équilibre du diabète est finalement satisfaisant avec ses efforts. Ces fluctuations glycémiques et les constantes variations dans la gestion que son diabète impose, ont une importante influence entre autres psychologique et sur la fatigue chronique"; deuxièmement, il y a "une atteinte thyroïdienne auto-immune depuis 2014, dans un premier temps sous la forme d'une hyperthyroïdie, puis actuellement une hypothyroïdie substituée"; troisièmement, "la SEP semble rester stable sous le traitement actuel, mais la fatigue chronique intense ou l'hypersomnie ont des répercussions majeures sur la gestion du diabète; quatrièmement, il y a les "troubles de l'humeur, stables, avec état dépressif et anxieux en lien avec les atteintes somatiques". Par ailleurs, le contrôle du diabète, qui est d'évolution stationnaire, reste satisfaisant, avec un HbA1c autour de 7%; le patient a investi un temps et des efforts considérables pour parvenir à ce résultat, avec beaucoup de détermination et de constance compte tenu notamment de la charge psychologique et intellectuelle demandée par cette gestion, ce malgré la fatigue et les troubles thymiques. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail sont: "diabète insulino-dépendant depuis 2002"; "SEP depuis 2014 avec fatigue chronique et hypersomnie"; "état dépressivo-anxieux".

8.2 Dans sa demande en paiement, l'intéressé fait valoir en substance ce qui suit. Son arrêt de travail ayant commencé en juillet 2018, alors qu'il était encore affilié et assuré à la CPEG, a abouti à une augmentation de sa rente d'invalidité pour une rente AI entière. L'augmentation de cette rente était motivée d'une part par l'aggravation de sa SEP et d'autre part par l'aggravation de son diabète, lequel n'était jusqu'alors pas la cause d'une quelconque invalidité. S'y ajoutait à ce moment-là l'apparition d'un trouble dépressif caractérisé, en plus de problèmes de vision. En conséquence, selon le demandeur, la défenderesse est tenue de prendre en charge l'aggravation de son état de santé et de son incapacité liées aux atteintes à la santé différentes de la SEP, ce au taux de 50% afin de tenir compte du fait que son invalidité entière est due en partie à pathologie non assurée et en partie à une atteinte assurée.

Selon la défenderesse dans sa réponse, le lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue en juillet 2018 et l'aggravation de l'invalidité – à la même période – fait défaut dans la mesure où seule l'évolution de la SEP est à l'origine de l'aggravation de l'invalidité, la décompensation du diabète n'étant qu'une conséquence de la poussée de SEP survenue à cette période, et non une nouvelle atteinte à la santé invalidante.

Dans sa réplique, le demandeur déduit des arrêts du Tribunal fédéral précités le concernant qu'il était entièrement capable d'exercer son activité d'enseignant et ne souffrait d'aucune invalidité dans ce métier lorsqu'il a commencé, en 2017, son emploi assuré par la défenderesse, et qu'il était en conséquence pleinement assuré par celle-ci pour ce travail. En outre, le tableau clinique ayant abouti à l'octroi d'une rente AI entière en 2018 était différent de celui qui prévalait lors de l'octroi de la première rente AI en 2013-2014; dans la mesure où le diabète constitue à tout le moins une cause supplémentaire d'invalidité dès 2018, il y a forcément un nouveau cas d'assurance. Dans ces circonstances, l'assuré réclame de la CPEG une rente d'invalidité de 100%, subsidiairement de 50%.

À teneur de la duplique de la CPEG, la connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue le 1er avril 2013 en raison de la SEP et l'aggravation de l'invalidité suite à une poussée de SEP durant l'été 2018 n'a pas été remise en cause par le Tribunal fédéral.

8.3 Pour ce qui est du droit, les mêmes principes que ceux énoncés plus haut relativement à la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance ainsi qu'à la connexité matérielle et temporelle s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3; arrêt du Tribunal fédéral B 32/05 du 24 juillet 2006 consid. 6 et la référence).

Dans des situations où plusieurs atteintes à la santé auraient pu avoir des effets sur la capacité de travail en même temps ou à différents moments et où il y avait eu une aggravation de l'invalidité, la jurisprudence du Tribunal fédéral apparaît avoir traité surtout des cas dans lesquels l'examen de la connexité matérielle se rapportait à l'incapacité de travail initiale.

Ainsi, si l'invalidité donnant droit à une rente repose sur plusieurs causes liées à la santé, mais dont une seule a eu des effets sur la capacité de travail de la personne assurée pendant la couverture de prévoyance, l'institution de prévoyance doit uniquement prendre en charge l'invalidité qui résulte de celle-ci (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 28 ad art. 23 LPP et les références citées). Le fait qu'une

atteinte à la santé (par exemple de nature psychique) se soit déjà manifestée pendant le rapport de prévoyance et qu'elle aie visiblement – ou de manière reconnaissable – influé sur l'incidence de la maladie, constitue une condition pour retenir une telle connexité matérielle (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_370/2016 du 12 septembre 2016 consid. 3; B 37/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.3; B 32/03 du 21 janvier 2005 consid. 5.2.3; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 28 ad art. 23 LPP). Pour la part de l'invalidité totale qui est due à des troubles qui ne se sont manifestés de sorte à donner lieu à des prestations qu'après que la personne assurée ait quitté l'institution de prévoyance, la connexité matérielle nécessaire fait défaut (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 28 et 29 ad art. 23 LPP et les références citées).

Il est à cet égard rappelé qu'importe peu le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 ; B 90/02 du 23 mai 2003, publié in RSAS 2004 p. 443; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 13 ad art. 23 LPP).

8.4 Cela étant, dans le cas présent, pour que la défenderesse soit tenue à prestations, il faudrait que l'augmentation de l'incapacité de travail – de 50% dès avril 2013, respectivement 60% depuis janvier 2017, à 100% à partir de juillet 2018 – soit le fait d'une atteinte à la santé indépendante de celle qui est à l'origine de la première invalidité partielle. La simple aggravation d'une atteinte préexistante ne suffit pas (ATF 123 V 262 consid. 3b et c; arrêt du Tribunal fédéral B 90/04 du 27 avril 2005 consid. 4.3).

8.5 Or le diabète, la thyroïdite (d'Hashimoto, d'abord hyperthyroïdie, ultérieurement hypothyroïdie substituée; ci-après: la maladie thyroïdienne), les problèmes visuels et le trouble dépressif n'apparaissent pas être indépendants par rapport à l'atteinte principale et centrale qu'est la SEP.

8.5.1 Certes, le diabète insulino-dépendant de type 1 est considéré par les médecins traitants – y compris spécialistes comme le Dr I_____ – ainsi que par le SMR comme sans effet sur la capacité de travail de l'intéressé d'avril 2013 à fin 2016, voire également, selon le SMR, durant la période d'augmentation de l'incapacité de travail à 60% de janvier 2017 à juin 2018, alors que, concernant l'aggravation de son état de santé et de son incapacité de travail à partir du 1er juillet 2018, le Dr I_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie et en médecine interne générale, dans son dernier rapport (2 avril 2022), retient un effet incapacitant non seulement de ce diabète mais aussi d'un "état dépressivo-anxieux". En outre, les médecins (la Dresse K_____ et le Dr I_____ le 24 octobre 2018 et le Dr O_____ le 18 mars 2020) et le SMR retiennent, pour l'été 2018, une décompensation du diabète de l'assuré.

Ainsi, alors qu'il était – relativement – stabilisé auparavant, y compris dès avril 2013, le diabète est devenu instable à partir de juillet 2018, avec une influence négative sur l'état de santé du demandeur, ce à quoi se sont ajoutés "une baisse de l'humeur, ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur" (Dresse N_____, 12 octobre 2018), ainsi que des épisodes de diplopie horizontale fréquents qui avaient débuté en été 2018 mais qui avaient été décrits depuis quelques années (Dr M_____, 24 septembre 2018).

8.5.2 Cependant, un examen approfondi du cas, en particulier des rapports médicaux, conduit à relever ce qui suit.

Tout d'abord, durant la première période d'incapacité et d'invalidité – partielles – commencée en avril 2013, alors que d'éventuelles répercussions incapacitantes du diabète et de la maladie thyroïdienne – ici des maladies auto-immunes – étaient niées par les médecins et que les symptômes de nature dépressive n'étaient pas clairement établis, les effets de la SEP – aussi une maladie auto-immune – étaient à l'arrière-plan par rapport à ceux de la méningo-enchéphalite, dont la présence n'a plus été notée à compter de l'été 2018.

Lors de la première poussée reconnue de SEP dès janvier 2017, d'éventuels effets incapacitants du diabète, de la maladie thyroïdienne et/ou d'un problème d'ordre dépressif n'ont pas non plus été mentionnés par les médecins.

À partir de juillet 2018, les effets incapacitants de la SEP ont, avec une intensité plus élevée qu'auparavant, consisté en une fatigue intense et chronique, une hypersomnie, une baisse des performances intellectuelles et des épisodes de diplopie (notamment Dresse L_____, 16 octobre 2018; Dresse K_____, 24 octobre 2018; Dr I_____, 24 octobre 2018).

La diplopie doit d'emblée être considérée comme une conséquence directe et incapacitante de la SEP, sans portée propre (cf. Dr M_____, 24 septembre 2018; Dr I_____, 24 octobre 2018).

S'agissant de la maladie thyroïdienne, d'éventuelles répercussions incapacitantes de celle-ci ne ressortent pas des rapports médicaux.

Le trouble de l'humeur apparaît quant à lui avoir été la conséquence de la souffrance causée par la grande fatigue, l'hypersomnie ainsi que l'incapacité de travailler et se former contrairement à autrefois (Dresse L_____, 16 octobre 2018; psychologue P_____, 2 juin 2020). En outre, ledit trouble de l'humeur, s'il était certes – en retour – susceptible d'aggraver les effets des pathologies somatiques, n'a pas fait l'objet d'un diagnostic précis par les spécialistes, et le dossier ne laisse pas ressortir une nature et une intensité des symptômes dépressifs qui auraient pu éventuellement être susceptibles d'entraîner une incapacité de travail propre ou une incidence notable sur les autres pathologies.

Pour ce qui est du diabète, cette affection apparaît s'être décompensée et aggravée en été 2018 non de manière autonome mais dans le sillage et comme conséquence

de la deuxième poussée de la SEP (cf. Dr I_____, 24 octobre 2018 ["Cette poussée de la SEP s'est compliquée d'une décompensation de son diabète"]; SMR, 15 novembre 2018; Dr O_____, 18 mars 2020 ["une seconde poussée de SEP est survenue dans l'été 2018 avec une diplopie accompagnée d'une décompensation du diabète et d'un renforcement des troubles de l'humeur"]; Dr I_____, 2 avril 2022). À tout le moins dès l'été 2018, les fluctuations glycémiques et les constantes variations dans la gestion du diabète ont certes eu une importante influence en particulier sur l'humeur et sur la fatigue chronique, mais, dans le sens inverse, la fatigue chronique intense ou l'hypersomnie causées par la SEP ont également eu des répercussions majeures sur la gestion du diabète (Dr I_____, 24 octobre 2018 et 2 avril 2022). Les symptômes et effets du diabète ne se distinguent donc pas de ceux de la SEP et interagissent avec eux. Au demeurant, le diabète, s'il est demeuré instable même après l'été 2018, a néanmoins, après un certain temps, été traité de telle sorte à être contrôlé en majeure partie, l'équilibre du diabète étant finalement satisfaisant avec les efforts du patient (Dr I_____, 2 avril 2022). Cette stabilisation du diabète réduit encore l'éventualité d'un caractère indépendant et spécifiquement incapacitant de cette maladie par rapport à la SEP.

8.5.3 Il découle de ce qui précède que le diabète, la maladie thyroïdienne, la SEP (y compris avec la diplopie) et le trouble de l'humeur forment ensemble un tableau – clinique – "polypathologique", chaque maladie ayant un retentissement particulier mais dont les conséquences s'additionnent et s'entremêlent entre elles (dans ce sens, Dr O_____, 18 mars 2020; Dr I_____, 2 avril 2022).

Ce qui suit, exposé par la CPEG dans sa réponse, est dès lors exact: les faits montrent que la SEP a des répercussions majeures sur la gestion du diabète qui, soumise à de constantes variations, influe sur la fatigue chronique et l'état psychologique du patient; la SEP semble néanmoins être à l'origine de l'incapacité de travail invalidante de l'assuré, la décompensation du diabète étant à la fois une résultante et un facteur aggravant des symptômes neurologiques et psychiatriques déjà présents.

En définitive, le diabète, la maladie thyroïdienne, les problèmes visuels (diplopie) et le trouble de l'humeur (symptômes dépressifs) n'ont, sous l'angle de la connexité matérielle, à tout le moins en juillet 2018 et ensuite, pas entraîné d'effets incapacitants propres et distinguables de ceux de la SEP (l'affection principale et centrale).

8.6 Il s'ensuit que l'augmentation de l'incapacité de travail et de l'invalidité en été 2018 – de 50% dès avril 2013, respectivement 60% depuis janvier 2017, à 100% à partir de juillet 2018 – n'est pas le fait d'une atteinte à la santé indépendante de celle qui est à l'origine de la première invalidité (partielle) commencée en avril 2013.

En d'autres termes, durant l'affiliation du demandeur à la défenderesse du 1er février au 31 août 2018, les affections à l'origine de l'augmentation de

l'invalidité n'ont pas été substantiellement différentes de celles qui s'étaient déjà manifestées avant ce rapport de prévoyance et qui avaient alors entraîné une incapacité – à l'époque partielle – de travail.

À cet égard, comme soutenu par la défenderesse, la connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue dès le 1er avril 2013 en raison – principalement – de la SEP et l'aggravation de l'invalidité suite à une poussée de la SEP durant l'été 2018 n'est pas été remise en cause par le Tribunal fédéral, celui-ci fondant le rejet du droit de l'assuré à une rente de la D_____ essentiellement sur le fait qu'il n'a pas subi d'incapacité de travail déterminante dans son emploi pour l'Ecole-Club pendant la durée de son affiliation à la D_____ à la suite de l'atteinte à la santé qui s'était manifestée en 2013 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_61/2021, 9C_197/2021 précité consid. 7.2 in fine et 7.3; 9F_4/2022, 9F_5/2022 précité consid. 4.1).

La condition de la connexité matérielle n'est en conséquence pas remplie concernant la période d'affiliation du demandeur à la défenderesse, ce qui exclut tout droit de celui-là aux prestations de celle-ci du fait de l'invalidité.

9. Vu ce qui précède, la demande, infondée, doit être rejetée.

10. Les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4; ATAS/592/2022 du 28 juin 2022 consid. 10). Ces exceptions n'étant pas réalisées en l'espèce, la défenderesse, qui obtient gain de cause, ne saurait se voir allouer, comme elle le sollicite, une indemnité à titre de dépens.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande du 15 juin 2022 recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le